FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1962 N° .....

1153

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'état)

par

PICHOT Claude Clément Henri

Ex-Externe des Hôpitaux de Paris

né le 19 Mars 1933 à TOURS (I-L)

Présenté et soutenue publiquement le 1962

ETUDE DE 152 DOSSIERS DE SCIATIQUES OPEREES DE 1951 A 1961 DANS UN CENTRE DE RHUMATOLOGIE

Président : Monsieur le Professeur S. de SEZE

LES EDITIONS DE L'U.E.M.P.

174, Bd St-Germain

PARIS 6ème

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1962 N° .....

T H E S E

pour le

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplôme d'état)

par

PICHOT Claude Clément Henri
Ex-Externe des Hôpitaux de Paris
né le 19 Mars 1933 à TOURS (I-L)

Présenté et soutenue publiquement le 1962

ETUDE DE 152 DOSSIERS DE SCIATIQUES OPEREES DE 1951 A 1961 DANS UN CENTRE DE RHUMATOLOGIE

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Président : Monsieur le Professeur S. de SEZE

LES EDITIONS DE L'U.E.M.P.
174, Bd St-Germain
PARIS 6ème

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549205_0007

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Builliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Gastinel (P.), Guillain (G.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Loeper (M.),Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis, Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN .....Léon BINET
Membre de l'institut

ASSESSEUR ..... Jean VERNE

1. - PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
" " (Prof. à titre personnel)	ETTORI (J.)
" " (Prof. à titre personnel)	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT(P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
(Prof. à titre personnel)	BOURLIERE (F.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales (Beaujon	SICARD (A.)
(Cochin	N
(Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
(Pitié	CORDIER (G.)
(Saint-Antoine	GOSSET (J.)
(Salpêtrière	MOULONGUET (P.)
(Tenon	LORTAT-JACOB (J.L)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART-D'ALLAINES(F.de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Cliniques des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	N.
Cliniques médicales (Boucicaut	LENEGRE (J.)
(Broussais	SOULIE (P.)
(Cochin	JUSTIN-BESANCON (L.)
(Cochin	BROUET (G.)
(Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
(Pitié	DREYFUS (G.)
(St-Antoine	KOURILSKY (R.)

Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales ..... (Baudelocque	LACOMME (M.)
(Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie Sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	N.
Clinique thérapeutique médicale (St Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	N.
Embryologie	GIROUD (A.)
" (Prof. à titre personnel)	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière) ..	SEZE (S. de)
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
(Prof. à titre personnel)	DEPARIS (M.)
Médecine du travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
(Prof. à titre personnel)	BRUMPT (L.C.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
(Prof. à titre personnel)	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (F.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
(Prof. à titre personnel)	LEVY (Melle J.)
Physiologie	BINET (L.)
(Prof. à titre personnel)	BARGETON (D.)
(Prof. à titre personnel)	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
" " (Prof. à titre personnel)	DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	LEGER (L.)
Thérapeutique	CONTE (M.)

11. - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

	MM.
Anatomie	OLIVIER (G)
	CABROL (C.)
	COUINAUD (G.)
	GAUTHIER-VILLARS (Melle P.)
	pr. s. ch.
Anatomie pathologique	BUSSER (F.)
	GOUYOU (Ch.)
	ORCEL
	PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
	CHRISTOL (D.)
	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.), pr. s. ch.
	POLONOSKI (J.), m. conf.
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux sports	PLAS (F.)
Carcinologie	DENOIX (P.)
	MATHE (G.)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LABARD (G.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER(G)
	DAUSSET (J.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch.
	MAROIS (M.)
	RACADOT (J.)
Hydrologie	CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) , pr. s. ch.
	CORRE-HURST (Mme L.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
	DUPONT (V.)
Médecine Légale	DEROBERT (L.) pr. s. ch.
	HADENGUE (A.)
	FOURNIER (E.)
	GUENIOT (M.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
Obstétrique	GRANJON (A.)
	HERVET (E.)
	LE LORIER (G.)
	MORIN (P.)
	MUSSET (R.)
	ROBEY (M.)
	THOYER-ROZAT(J.)
Ophtalmologie	BREGEAT (P.)
	SARAUX (H.)
Orthopédie	JUDET (R.)
	RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.)
Parasitologie	CHABAUD (A.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.)
	BINET (J.P.)
	CAUCHOIX (J.)
	CHATELIN (C.L.)
	DUBOST (Ch.)
	DUBOST (Cl.)
	FAUREL (J.)
	FLABEAU (F.)
	GERMAIN (A.)
	LOYGUE (J.)
	MERCADIER
	PERROTIN (J.)
	ROBERT (H.)
	THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	CROSNIER (J.)
	HARTMANN (L.)
	LOEPER (J.)
	MAURICE (J.)
	RICHET (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M.)
	BOUR (H.)
	BOUVIER (J.)
	BOUVRAIN (Y.)
	BRICAIRE (H.)
	BRISSAUD (H.)
	BROCARD (H.)
	BUGE (A.)
	CASTAIGNE (P.),m.conf.
	CATINAT (J.
	CONTAMIN (F.)
	COURY (C.)
	FREZAL (J.)
	HOUSSET (E.)
	LAROCHE (Cl.

	MM.		MM.
	LESOBRE (R.) MACREZ (C.) NICK (J.) PEQUIGNOT (H.) pr. s. ch. ROYER (P.) WOLFROMM (R.)	Pneumo phtisiologie	KREIS (B.)
		Psychiatrie	PICHOT (P.)
		Psychiatrie infantile.....	DUCHE (D.)
	JOSEPH (R.) MANDE (R.)	Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Pédiatrie-Puériculture ..	MOZZICONNACCI(P) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.)	STOMATOLOGIE	CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m.c. agr. GRELLET (M.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)	Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.)
Physiologie	DEJOURS (P.)		
Physique médicale	GOUGEROT(L.), m. conf. pr. s.ch. KELLERSHOHN	Urologie	QUENU (L.)

III. - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES

CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

	MM.		MM.
natomie	DEBEYRE	Clinique obstétricale....	GRASSET (J.) MAYER (M.) RAVINA (J.)
	ABOULKER (P.) AMELINE (A.) pr. s. ch. HUGUIER (J.) OLIVIER (C.)	Clinique ophtalmologique..	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
linique chirurgicale	PADOVANI (P.) POILLEUX (F.) ROUX (M.) VERNE (J.M.)	Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
		Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
	DOMART (A.)	Clinique psychiatrique...	BARUK (H.)
linique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)	Clinique urologique.....	KUSS (R.)
		Médecine Légale	GAULTIER

IV. - PROFESSEURS DETACHES

DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie ..... HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.

Pathologie chirurgicale ..... RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V - CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE : BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté ..... M. LENA (J.)

Secrétaires ..... Mme BEURLAND (H.)
Melle CHAINTREUIL(G)
Mme ROCHE (L.)

Conservateur en Chef ..... M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateur ..... Melle DUMAITRE (P.)

Bibliothécaires ..... Mmes CONTET (J.)
FORGET (F.)
Melles LAURENT (H.)
LE NOIR (G.)
QUIEVREUX (E.)

-:-:-:-:-:-

A Monsieur le Professeur S. de SEZE

Il a bien voulu accepter la Présidence
de cette Thèse.

Il nous a inspiré ce travail, et nous a
constamment guidé dans sa réalisation
par ses conseils bienveillants et lumineux.

Il nous a donné beaucoup.

Puissions-nous ne jamais le décevoir ?

A Mes Maîtres dans les Hôpitaux :

Stagiaire Hopital de Tours.

Professeur P. VIALLE
Professeur E. ARON
Professeur G. DESBUQUOIS

Hôpitaux de Paris.

EXTERNAT

Professeur MERLE D'AUBIGNE
Professeur FEY
Docteur MOUSSOIR
Professeur S. de SEZE
Professeur COSTE
Professeur DELBARRE

INTERNAT

Docteur GUILLAUME
Docteur P. PETIT

A Messieurs les Docteurs:

BILLARD, CASTAING, NEEL, CARON, MAZARS, LEGRAIN, J. CAYLA, R. PIGUET.

A Messieurs les Professeurs Agrégés

RAMADIER, POSTEL, MEARY

A Messieurs les Docteurs

LEQUESNE, HUBAULT, WELFLING

A Tous les Médecins du Centre de Rhumatologie VIGGO-PETERSEN

A ma femme

En témoignage de mon admiration

A mes filles Florence et Nathalie

A mes Parents

En témoignage de ma reconnaissance infinie

A ma Soeur

En remerciement de son aide précieuse

A mes Grands Parents

En hommage à leur bonté

A mes beaux-Parents

A mes Belles-Soeurs

A mes Beaux-Frères

A ma Famille

A mes Amis

I N T R O D U C T I O N

L'objet de ce travail est :

- d'analyser les résultats du traitement chirurgical des sciatiques d'origine discale vues dans un service de Rhumatologie pendant la dernière décade.

- de comparer la symptomatologie de ces sciatiques"chirurgicales" avec les lésions découvertes à l'intervention, en établissant dans un deuxième temps l'avenir post-opératoire de chacun de ces symptomes.

- d'envisager quelques problèmes particuliers et notamment :

  . celui des réinterventions,

  . celui des mauvais résultats en dépit de la découverte d'une hernie discale indiscutable.

  . enfin celui des hernies doubles ou de siège inhabituel ayant cependant entrainé un syndrome clinique suffisamment net pour orienter vers une pathogénie discale de siège classique.

Cette étude concerne les sciatiques L_5 ou S_I ayant tous les caractères de la sciatique vertébrale commune par conflit discoradiculaire, éliminant donc, par définition, toutes les sciatiques symptomatiques :

- d'un cancer vertébral primitif ou secondaire,
- d'une ostéoarthrite vertébrale,
- d'un neurinome radiculaire,
- d'un rhumatisme inflammatoire.

Par ailleurs, ces sciatiques traitées chirurgicalement sont uniquement celles dont l'indication opératoire fut posée dans le service de notre maître le Professeur S. de SEZE de 1951 à 1961.

Ce travail se propose donc après celui de Douin puis celui de Le Chevallier, effectué dans les mêmes conditions, d'assurer la continuité de l'étude statistique des résultats du traitement chirurgical des sciatiques d'origine discale.

P L A N

Nous présenterons d'abord :

- le matériel et les méthodes de travail,

Puis nous envisagerons 3 grands chapitres :

1) - Etude globale puis analytique des résultats

2) - Etude comparative de la symptomatologie des sciatiques chirurgicales et des découvertes opératoires à laquelle fera suite le bilan séméiologique post-opératoire.

3) - Problèmes particuliers.

CHAPITRE I

METHODES DE TRAVAIL - MATERIEL

I - METHODES DE TRAVAIL

Dans le fichier, nous avons relevé dans le compartiment réservé aux "sciatiques opérées" 310 fiches correspondant chacune à des sujets ayant subi, une intervention pour sciatique dans la période allant de 1951 au 31 Juillet 1961. Cette date du 31 Juillet 1961 fut déterminée par le souci de ne pas juger d'intervention ayant un recul de moins de six mois.

A partir de ces 310 fiches, nous avons étudié les dossiers correspondants et d'emblée 97 furent éliminés pour les raisons suivantes :

- dossiers incomplets et notamment absence de compte rendu opératoire,
- et surtout dossiers correspondant bien à des sujets ayant eu une sciatique opérée mais dont l'indication opératoire fut portée en dehors du service et pour lesquels un traitement médical ou orthopédique nous avait paru suffisant.

En revanche, pour ceux chez lesquels une réintervention fut nécessaire, le dossier ne fut pas éliminé du cadre de cette étude.

Donc nous disposions de 213 dossiers utilisables.

Pour chacun de ceux-ci nous avons repris les éléments de l'observation que nous avons regroupé selon le plan d'une observation-type qui comportait successivement :

- <u>des renseignements d'ordre généraux</u> : sexe, âge, nature du métier

- <u>des renseignements particuliers</u> :

  • date du premier signe de détérioration discale,
  • durée de la crise ayant entrainé l'intervention,
  • topographie de la douleur,
    = L_5
    = S_I
    = douteuse ou mixte,
    = droite ou gauche ou alternante ou bilatérale.

- <u>des renseignements fournis par l'examen</u> clinique pré-opératoire :

  • attitude antalgique,
  • raideur douloureuse du rachis,
  • point douloureux paraépineux,
  • signe de la sonnette,
  • signe de Lasègue, homolatéral ou controlatéral
  • examen neurologique :
    = motricité,
    = réflexe,
    = sensibilité
    = troubles vaso-moteurs,
    = troubles sphinctériens.

- <u>des renseignements fournis par l'examen radiologique</u> pré-opératoire :

  • examen standard comprenant un cliché dorso-lombo-pelvi-fémoral de face en postéro-antérieur sur le sujet debout,

  • un cliché de profil du rachis lombo-sacré,

  • un cliché de face centré sur L_5 S_I

Dans certains cas :

  • étude radiologique dynamique pour "élèctiver"un baillement postérieur ou latéral,

  • saccoradiculographie.

- <u>des renseignements fournis par l'analyse</u> des compte-rendus opératoires:

  • étage abordé,

- type de la lésion discale,
- état de la racine,
- existence de lésions associées,
- type d'intervention.

- des renseignements fournis par le bilan post-opératoire, en notant :

- le recul par rapport à l'intervention au moment de cette enquête effectuée en Janvier, Février, Mars 1962,

- les signes subjectifs et objectifs présents à cette époque.

Malheureusement, ce bilan post-opératoire ne fut pas possible pour les 213 malades. En effet, nous nous proposions de l'établir de la manière suivante :

- convoquer les malades habitant la Seine, la Seine et Oise, la Seine et Marne.

- Envoyer un questionnaire à tous les autres.

Dans ce but furent convoqués 146 malades. Bien entendu, chaque convocation était accompagnée d'un questionnaire de façon à ce que le malade, en cas d'impossibilité de venir à la consultation, puisse faire connaître tout au moins son résultat subjectif.

Au total, (tableau n° 1) :

- 95 malades ont pu être réexaminés,

- 57 malades ont répondu au questionnaire.

Nous disposons donc pour cette série, d'un simple bilan subjectif post-opératoire et des renseignements sur la reprise des activités professionnelles.

Finalement notre série comporte 152 observations complètes.

Chaque élément a été reporté sur une fiche perforée correspondant à chaque malade. Quand une observation a comporté plusieurs interventions, nous

avons noté par l'intermédiaire des perforations le premier bilan pré-opératoire, et le dernier bilan post-opératoire. Une perforation spéciale correspond à la mention "réintervention" de sorte que toutes ces observations ont pu être facilement regroupées.

Quand aux bilans intermédiaires toute la case libre du milieu de la fiche a été utilisée pour rappeler les faits saillants de chaque observation, non notables par une simple perforation.

Rappelons que sur ces 152 malades 60 ont déjà fait l'objet d'une étude approfondie dans la thèse de Le Chavallier (Paris 1957).

Sujets	Hommes	Femmes	Total
Examinés	58	37	95
Questionnés	32	25	57
Total	90	62	152

Tableau n° 1

II - REPARTITION DES MALADES

- Selon le sexe (tableau n° 1)

Nous avons au total 90 hommes et 62 femmes, ce qui amène une première remarque. Jusqu'en 1957, on note 41 hommes et 19 femmes, donc une très nette prédominance masculine.

De 1957 à 1961 : 49 hommes et 43 femmes furent opérés soit un nombre de même ordre de grandeur. Donc pendant que le nombre d'hommes opérés est passé de 41 à 49 soit une augmentation de 19 %, le nombre de femmes est passé de

19 à 43, soit une augmentation de 125 %.

Il semble donc que les indications opératoires se soient très élargies chez la femme.

- Selon l'âge (Tableau n° 2)

Nous avons distingué 5 catégories d'âge, et là encore, nous constatons depuis 1957 une variation dans la fréquence des indications opératoires. Pour les sujets âgés de 21 à 50 ans, on ne constate que des variations directement en rapport avec le nombre total des sciatiques opérées durant les périodes correspondantes.

En revanche, alors qu'avant 1957, un seul sujet de moins de 20 ans fut opéré, depuis cette date, il y en a eu quatre.

De même au delà de 50 ans, nous avions 9 malades sur 60 opérés jusqu'en 1957, soit 15 %, alors que depuis nous en avons 29 sur 92, soit plus de 31 %.

Au total, on constate un élargissement des indications opératoires :

- chez la femme,
- chez les sujets de moins de 20 ans et chez ceux de plus de 50 ans.

Mais à côté de cette constatation facile à chiffrer, on note un changement du type de maladie : il semble que l'on ait affaire à des malades posant des problèmes de plus en plus complexes. Malheureusement, il s'agit beaucoup plus d'une impression que d'une notion chiffrable.

Néanmoins, on peut démontrer que le cas considéré comme "banal" : celui de l'homme âgé de 20 à 50 ans est en nette régression. Pour ceci, reprenons

les tableaux I et 2 :

REPARTITION DES MALADES SELON L'AGE

Catégories d'âge	Nombre de cas
15 à 20 ans	5
21 à 30 ans	30
31 à 40 ans	36
41 à 50 ans	43
51 à 60 ans	26
Plus de 60 ans	12
TOTAL	152

Tableau n° 2

1ère notion : Le nombre général d'opérés est passé de 60 de 1951 à 1957, à 97 de 1957 à 1961, soit une augmentation de 32, c'est à dire supérieure à 50 %.

2ème notion : Pendant les périodes correspondantes : le nombre total des hommes est passé de 41 à 49 soit une augmentation de 8, c'est-à-dire 19 % environ.

3ème notion : Encore pendant les mêmes périodes le nombre des sujets opérés âgés de 21 à 50 ans est passé de 50 à 59, soit une augmentation de 9, c'est-à-dire 18 %.

Par conséquent, en confrontant ces trois notions : 50 % d'une part, 19 % d'autre part, on acquiert une :

4ème notion d'ensemble. Il n'y a pas eu d'augmentation du nombre d'hom-

mes de 21 à 50 ans du même ordre de grandeur que celle du nombre de malades opérés. Cette différence supérieure à 30 % nous semble significative.

Certes, elle s'explique en partie par l'élargissement des indications opératoires :

- chez la femme,

- chez les sujets de moins de 20 ans, et de plus de 50 ans,

mais il s'agit justement des cas qui jusqu'à présent n'étaient pas considérés comme banaux.

Cette variation et cette difficulté croissantes sont dûes à la meilleure connaissance de la séméiologie et de la thérapeutique de la sciatique, de sorte qu'en milieu spécialisé, on est amené à voir beaucoup plus souvent :

- soit des cas, qui de par leur terrain, sortent du cadre considéré comme classique,

- soit des cas déjà traités médicalement, voire chirurgicalement et n'ayant pas obtenu un résultat satisfaisant.

REPARTITION DES MALADES SELON LE RECUL

Temps écoulé depuis l'intervention.	Nombre de cas
6 mois à 1 an	6
1 an à 2 ans	31
2 ans à 3 ans	30
3 ans à 4 ans	17
Plus de 4 ans	68

Tableau n° 3

Selon le recul (tableau n° 3)

Cette répartition n'amène pas de commentaire particulier.

Nous n'avons pas poursuivi la répartition d'année en année au delà de 4 ans, car comme nous le verrons et comme Le Chevallier l'avait déjà mentionné au delà de 3 ans, on ne constate pratiquement plus de variation dans le résultat.

CHAPITRE II

RESULTATS

Nous envisagerons d'abord les résultats globaux subjectifs et objectifs puis une étude analytique de ces résultats en fonction d'un certain nombre de notions qui semblent susceptibles de donner une allure particulière à la "sciatique" et de ce fait jouer un rôle dans l'appréciation des résultats. Ces notions sont :

- l'âge du malade,
- le sexe,
- l'existence d'une hernie discale
- l'étage de la hernie
- la date du ler signe de détérioration discale
- l'âge de la sciatique au moment de l'intervention,
- le recul par rapport à l'intervention.

I - RESULTATS GLOBAUX :

A - Résultats subjectifs :

A chaque malade, nous avons posé la question suivante : "Le résultat, a votre avis, a-t-il été :

- parfait,
- très bon,
- bon ou assez bon
- moyen
- mauvais

Question posée soit par écrit dans le questionnaire, soit par oral lors de la consultation, mais de toutes façons sans jamais proposer de critères, de points de repères, pour essayer d'avoir une réponse spontanée.

RESULTATS GLOBAUX "SUBJECTIFS"

Types de réponses	Nombre de cas	Résultats	
Parfait	50	Satisfaisants	
Très bon	34	124	
Bon	40		81,6 %
Moyen	20	20	12,9 %
Mauvais	8	8	5,6 %

Tableau n° 4

Le résultat de cette enquête est exprimée dans le tableau n° 4. Il en ressort que 81,6 % de sujets sont satisfaits. Il faut considérer que parmi ceux-ci un certain nombre étaient des malades mécontents quand ils sont arrivés dans le service, et néanmoins, on obtient le même pourcentage de bons résultats qu'à l'époque où l'on voyait plus de cas non encore traités.

Restent 18,4 % de malades ayant un résultat qu'ils jugent insuffisants :

B - Résultats objectifs :

Nous avons repris ces 5 catégories de résultats en fonction des critères suivants :

- Résultat parfait :

Sur le plan subjectif : ce sont des malades qui ont perdu le souvenir de leur lombosciatique.

A l'examen : le rachis est parfaitement souple, totalement indolore, tant à la mobilisation qu'à la pression ou à la percussion. Il n'y a pas de signe de Lasègue. L'examen neurologique est normal, tout au plus peut-on admettre la persistance de l'abolition d'un réflexe, ou une très légère hypoesthésie très limitée, car ce sont des signes qui ne gênent pas et peuvent même être totalement méconnus du malade. Il n'y a pas eu changement de profession.

- Résultat très bon :

Lombalgie et sciatique ont disparu mais parfois, aux changements de temps, à la fatigue, le sujet ressent une gêne plus qu'une douleur.

L'examen clinique est négatif, avec les mêmes réserves que dans le cas précédent, en ce qui concerne l'examen neurologique. Là, non plus il n'y a pas, de retentissement sur la profession.

- Résultat bon ou assez bon :

Il s'agit de sujets satisfaits, car nettement améliorés, mais qui cependant n'ont pu recouvré une activité absolument complète, car il peut persister :

- une lombalgie intermittente ou permanente, mais alors relativement discrète,

- une sciatalgie de topographie identique ou différente, mais en tout cas nettement moins intense qu'avant l'intervention.

A l'examen, on peut noter un ou deux des signes suivants :

- une certaine raideur rachidienne,

- un point douloureux,

- un trouble neurologique persistant.

Par ailleurs, le port d'un lombostat peut s'avérer nécessaire de même que le changement de profession.

RESULTATS GLOBAUX "OBJECTIFS"

Catégories	Nombre de cas		Résultats
	Nombre	Pourcentage	
Parfait	32	22,6	118
Très bon	53	34	77,6 %
Bon	33	21,2	
Moyen	24	15,6	34
Mauvais	10	6,6	22,4 %

Tableau n° 5

- Résultat moyen ou médiocre :

La douleur préexistante est peu modifiée, ou bien une nouvelle est apparue.C'est dans ce cadre que se place le problème des récidives.

En ce qui concerne l'examen clinique, il est franchement anormal c'est-à-dire que le tableau pré-opératoire persiste en partie quoique sensiblement atténué.

- Résultat mauvais :

Les phénomènes douloureux pré-opératoires sont inchangés, à moins que ne soient apparus des phénomènes anormaux post-opératoires.

En tous cas, ce sont des sujets incapables d'assurer un travail normal.

En fonction de ces différents critères, les résultats objectifs se répartissent comme il est indiqué dans le tableau n° 5.

Au total, on peut considérer 77,6 % de résultats satisfaisants :

- soit un nombre du même ordre de grandeur que celui trouvé dans les études précédemment faites dans les mêmes conditions.

On pourrait reprendre la remarque faite à propos des résultats subjectifs, sur le maintien du même pourcentage des bons résultats, malgré la complexité des cas présentés.

Il est à noter que le nombre de bons résultats objectifs a baissé de 4 % par rapport aux "subjectifs".

Cela tient simplement au fait que les malades sont d'autant moins exigeants qu'ils ont plus souffert ou qu'ils sont plus âgés, car ils considèrent souvent "qu'à partir d'un certain âge il est normal d'avoir quelques douleurs". En outre, chez un pourcentage important de sujets de plus de 50 ans, les travaux durs susceptibles de surmener la colonne vertébrale deviennent de moins en moins fréquents :

RESULTATS EN FONCTION DES CATEGORIES D'AGE

Résultats	15 à 20	21 à 30	31 à 40	41 à 50	51 à 60	plus de 60	Total
Parfait	1	6	11	10	4	0	32
Très bon	3	12	5	18	7	8	53
Bon	1	6	8	8	7	3	33
Moyen	0	4	8	5	6	1	24
Mauvais	0	2	4	2	2	0	10
Total	5	30	36	43	26	12	152

Tableau n° 6

II - ETUDE ANALYTIQUE DES RESULTATS.

A - En fonction des catégories d'âge. (Tableau n° 6)

Plusieurs remarques s'en dégagent :

a) Aucun résultat mauvais après 60 ans, un seul résultat moyen seulement, alors qu'il y a 12 opérés dans cette catégorie.

Par contre, dans cette même catégorie, il n'y a pas un seul résultat parfait.

Par conséquent, on peut dire qu'après 60 ans, un sujet a peu de chances d'avoir un résultat parfait, mais en revanche plus de 90 % de chances d'avoir un résultat satisfaisant. Cela s'explique par les deux faits suivants :

A partir de cet âge :

1°) la colonne vertébrale n'est plus anatomiquement ni physiologiquement parfaite,

2°) Par contre, elle n'est plus soumise à un surmenage comme elle pouvait l'être dans les années précédentes.

b) Aucun résultat insuffisant (mauvais et même moyen) chez les sujets de moins de 20 ans.

Mais sur les 5 opérés de cette catégorie d'âge il n'y a qu'un seul résultat parfait.

Il semble donc que ces sujets se comportent comme s'ils avaient des possibilités de récupération physiologique de leur rachis telles qu'elles leur permettent d'avoir un résultat toujours satisfaisant. Mais pour faire une hernie discale à cet âge, alors que le disque n'est pas encore atteint par la dégénérescence naturelle, il faut une lésion anatomique telle que le résultat parfait est fortement compromis.

B - En fonction du sexe (Tableau n° 7)

RESULTATS EN FONCTION DU SEXE

Résultats	Hommes		Femmes	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Parfait	21	23,3	11	17,7
Très bon	31	34,4	22	35,4
Bon	17	19	16	27,5
Moyen	13	14,5	11	17,7
Mauvais	8	8,8	2	3,3
Total	90	100	62	100

Tableau n° 7

On observe que le nombre de résultats parfaits est plus grand chez l'homme que chez la femme, c'est un fait qui s'explique peut-être par les meilleures possibilités de récupération post-opératoire du fait de la musculature plus puissante de l'homme. D'autre part, le pronostic peut être assombri chez la femme par la possibilité de grossesses ultérieures.

Le pourcentage des résultats insuffisants est de 23,3 % chez l'homme et de 21 % chez la femme, soit un chiffre du même ordre de grandeur.

Par conséquent, on peut considérer que la moins forte musculature de la femme, les grossesses, les travaux ménagers équivalent au surmenage professionnel rencontré plus fréquemment chez l'homme.

D'autre part, il faut retenir que si un reclassement professionnel est souvent possible, l'idée d'un tel "reclassement" n'est pas compatible avec l'état de mère de famille.

C - En fonction du recul par rapport à l'intervention : (Tableau n° 8)

Si l'on fait la somme des résultats moyens et mauvais dans chaque colonne on note que le pourcentage de ces résultats est de :

0 % de 6 mois à 1 an

22,6 % dans la deuxième année

26 % dans la 3ème année

29 % dans la 4ème année

Puis de 20,5 % au dela.

Par conséquent, il peut y avoir une nette détérioration du résultat dans la deuxième année.

Après quoi, l'altération est lentement progressive pendant encore 2 ans Passé ce délai, le résultat est non seulement stabilisé, mais sensiblement amélioré. Dans cette appréciation, il ne faut pas tenir compte de la seule accoutumance à la douleur, car il faut bien rappeler que l'on considère le résultat objectif et non le résultat subjectif.

Bien entendu, le nombre de résultats satisfaisants subit des variations inverses aux précédents, telles que globalement leur pourcentage est de 77,6 % (tableau n° 5) en passant par les chiffres intermédiaires de :

- 100 % de 6 mois à 1 an
- 77,4 % dans la deuxième année,
- 74 % dans la 3ème année

RESULTAT EN FONCTION DU RECUL PAR RAPPORT A L'INTERVENTION

Résultat	6 m. à 1 an	1 à 2 ans	2 à 3 ans	3 à 4 ans	plus de 4 ans	Total
Parfait	1	4	6	2	19	32
Très bon	4	13	9	6	21	53
Bon	1	7	7	4	14	33
Moyen	0	6	3	5	10	24
Mauvais	0	1	5	0	4	10
Total	6	31	30	17	68	152

Tableau n° 8

RESULTATS OBTENUS EN CAS DE HERNIE DISCALE

VERIFIEE OPERATOIREMENT

Résultats	nombre de cas	Pourcentage	
Parfait	32	24,4	82,7
Très bon	49	37,1	
Bon	28	21,2	
Moyen	17	12,8	17,3
Mauvais	6	4,5	
Total	132	100	

Tableau n° 9

- 71 % dans la 4ème année
- Puis de 79,5 % au dela.

En conclusion, on peut estimer qu'avec un recul suffisant, on obtient un résultat satisfaisant dans 80 % des cas environ.

D - En fonction de l'existence d'une hernie discale (tableau n° 9)

Sans tenir compte des cas où l'opérateur a découvert une hernie double, c'est-à-dire siégeant l'une en L_4 L_5, l'autre en L_5 S, cas sur lesquels nous reviendrons dans un chapitre spécial et que nous comptons ici pour une seule exploration positive.

Sans tenir compte non plus des cas de réintervention que nous étudierons en détail, on peut noter que sur les 152 malades ayant subi une intervention dont l'indication fut posée dans le service du Professeur S. de SEZE, 132 ont pu bénéficier de l'exérèse d'une hernie discale patente.

Sur ces 132 malades, 109 ont un résultat objectif satisfaisant, soit un pourcentage de 82,7 % des cas considérés on retrouve là une notion classique : le résultat a d'autant plus de chances d'être bon que l'opérateur a pu découvrir et retirer une hernie discale nette.

Mais cette petite étude soulève un certain nombre de problèmes :

1°) Pourquoi a-t-on un résultat insuffisant dans 23 cas où pourtant l'opérateur a trouvé et enlevé une hernie indiscutable ?

Nous reverrons en détails ce problème dans un chapitre spécial.

2°) Malgré la connaissance de plus en plus approfondie de la séméiologie de la sciatique et des signes évocateurs de hernie discale, il faut rapporter que chez 20 malades sur 152, l'opérateur n'a pu mettre en évidence une hernie discale véritable tout au plus une "simple saillie discale".

Ce qui fait un pourcentage de 13,2 % de malades n'ayant pu bénéficier d'une intervention d'exérèse de hernie discale.

Pourquoi ce pourcentage d'intervention "blanches"?

On ne peut incriminer la technique opératoire car toutes les interventions ont été confiées à une équipe de chirurgiens particulièrement entrainés à cette chirurgie.

Par contre, il est probable que dans un certain nombre de cas, la position opératoire du malade, le relachement musculaire entrainé par l'anesthésie permettent la réduction de la hernie.

A cette possibilité, nous rattacherons deux faits :

- la constatation opératoire de la réductibilité d'une hernie discale rapportée par S. de SEZE et J. DEBEYRE,

- la mise au point d'un artifice technique par MAZARS pour parfaire le curetage discal et ainsi éviter de laisser en place des fragments de disque : après avoir pratiqué un curetage discal classique le chirurgien demande à l'anesthésiste de "réveiller le malade", de façon à ce que celui-ci "pousse" et ainsi, il arrive que des débris discaux qui n'avaient pas été ramené par la curette fassent irruption de l'espace intervertébral.

Reste donc, cette possibilité de hernie réduite étant admise, un certain nombre de cas dans lesquels il n'a jamais existé de vraie hernie discale, mais où il s'agissait simplement de phénomènes dits "d'entorse discale". Cela doit-il entrainer un examen saccoradiculographique pré-opératoire systématique pour éviter de telles interventions ? Nous tenterons d'y répondre en abordant l'étude séméiologique des sciatiques chirurgicales.

3°) Le nombre de malades satisfaits par l'exérèse d'une hernie discale est donc de 109, or nous avons constaté sans tenir compte de la lésion découverte 118 résultats satisfaisants. Il y a donc 9 malades qui ont été améliorés objectivement de façon telle que l'on puisse considérer leur résultat comme bon et pourtant l'opérateur n'a pas trouvé chez eux de hernie discale indiscutable.

Cela pose un autre problème : Comment a pu agir cet acte opératoire ?

Comme nous l'avons écrit plus haut, l'anesthésie avec le relachement musculaire qu'elle entraine, la mise en position opératoire, ont pu agir à la manière d'une "manipulation" chez un sujet particulièrement bien décontracté et permettre la réduction de la hernie. Par ailleurs, le décubitus strict des quelques jours suivant l'opération peuvent jouer un role très important dans la guérison de malades qui finalement étaient des "faux chirurgicaux". Ceci remet en valeur s'il en était besoin l'importance du décubitus dans le traitement médical des sciatiques.

Mais ces bons résultats inattendus ne doivent pas faire oublier que dans les 11 autres cas où l'opérateur n'a pas trouvé de hernie discale, le résultat fut insuffisant.

Pour amener plus de précisions, nous allons examiner plus en détails, le résultat objectif en fonction de la lésion décrite dans les compte-rendus opératoires (tableau n° 10)

Nous avons distingué les lésions indiscutables en :

- Hernie franche sous ligamentaire,
- Hernie migratrice latérale
- Hernie avec ligament rompu
- Hernie migratrice rétrovertébrale

et d'emblée nous sommes frappés par le fait que le pourcentage de bons résultats dans chacune de ces catégories est supérieur ou égal à 80 %, ce qui vient corroborer la notion, déjà acquise, des 82,7 % de bons résultats en cas de hernie vérifiée opératoirement quel que soit son type. Il faut encore noter que le plus petit pourcentage (80 %) est obtenu en cas de hernie avec ligament rompu donc dans les cas où les dégats anatomiques sont les plus importants.

RESULTATS EXPRIMES EN FONCTION DU TYPE DE LA LESION TROUVEE

Résultat	Simple saillie discale		Hernie franche s/ligamentaire		Hernie avec ligament rompu		Hernie migratrice latérale		Hernie migratrice rétro-vertébrale		Pas de Hernie	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Parfait	0		17		11		1		3		0	
Très bon	5		28		12		3		6		3	
Bon	5	71,5	24	82,2	1	80	1	83,4	2	91,7	3	40
Moyen	4		10		5		1		1		5	
Mauvais	0	28,5	5	17,8	1	20	0	16,6	0	8,3	4	60
Total	14		84		30		6		12		15	

Tableau n° 10

Alors que les résultats les plus spectaculaires sont observés dans les cas de hernies migratrices, c'est-à-dire celles qui entrainent une compression importante mais sans dégats anatomiques majeurs puisque le ligament vertébral postérieur est respecté.

Quant aux deux autres rubriques : - simple saillie discale
- pas de hernie,

elles sont rapportées 29 fois. Or avons-nous noté, chez 20 malades seulement l'opérateur n'a pas trouvé de lésion véritable et n'a pas fait de curetage discal. Cela tient au fait que 9 fois, le compte rendu opératoire signale :

- pas de hernie tout au plus disque simplement saillant,
- curetage du disque

et nous avons voulu séparer ces deux notions pour savoir si cela entrainait une certaine différence dans le résultat, et l'on observe que :

- dans aucun de ces cas, il y a de résultat parfait
- lorsque l'opérateur signale un disque simplement saillent et l'a cureté, on obtient 71,5 % de résultats satisfaisants.
- et lorsque cette remarque n'est pas faite, ce pourcentage tombe à 40 % et c'est alors que nous pourrions reprendre la discussion sur les éléments pouvant expliquer ces résultats heureux. Mais l'essentiel est surtout d'insister sur le fait qu'ils sont rares, 9 fois sur 152 malades, soit 5,9 % de la totalité des cas.

En ce qui concerne les lésions associées, elles sont désormais très rarement rapportées dans les compte-rendus opératoires qui sont centrés sur le disque exploré. Il en est de même d'ailleurs de la technique : ainsi jusqu'en 1957 on note en plus du curetage discal quand il y avait une hernie :

- 2 gréffes type BOSWORTH

- 2 radicotomies
- 11 abrasions de rebord vertébral

RESULTATS EN FONCTION DE L'ETAGE DE LA HERNIE DISCALE

Résultats	L_4 L_5		L_5 S_I	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Parfait	18	24,3	13	22,4
Très bon	28	37,9	23	39,8
Bon	15	20,2	14	24,1
Moyen	10	13,5	5	8,6
Mauvais	3	4,1	3	5,1
Total	74		58	

Tableau n° 11

Depuis 1957 :

- pas une greffe,
- pas une radicotomie
- 2 abrasions de rebord vertébral.

En somme, depuis 1957, il y a une unité remarquable de technique opératoire.

E` - En fonction de l'étage de la hernie discale (tableau n° 11)

Nous avons noté uniquement les hernies intéressant :

- soit le disque L_4 L_5
- soit le disque L_5 S_I
- soit les deux à la fois

Nous avons donc éliminé de ce cadre 3 cas de hernie de siège inhabituel en dépit de la symptomatologie classique que nous étudierons dans un chapitre spécial.

Nous avons 3 cas de hernie double que nous reverrons elles aussi ultérieurement.

Ce qui fait qu'au total 132 hernies discales ont été enlevées.

Sur cette série, le nombre de hernies L_4 L_5 est plus élevé que celui des hernies L_5 S_I, 74 pour 58.

D'autre part en comparant les pourcentages des résultats obtenus dans chacun des cas il semble que :

- les hernies L_5 S_I donnent moins de résultats parfaits que celles du disque sus-jacent par contre le pourcentage des résultats insuffisants (13,7 %) est moins important qu'en cas de hernies L_4 L_5 (17,6 %).

Il est probable que cette différence est due aux meilleures conditions mécaniques (en ce qui concerne la mobilité du moins) du disque L_4 L_5 resté indemne en cas d'intervention sur L_5 S_I.

En revanche l'existence d'une anomalie transitionnelle ne semble pas entrer en jeu. En effet, sur les 14 anomalies transitionnelles dont nous disposons sur cette série de 152 malades, 11 fois il a été considéré que le chirurgien

avait abordé l'étage L_5 S_I. Et de toutes façons, sur cette série de 14 interventions sur disque sus-transitionnel il n'y a qu'un seul résultat moyen qui sera relaté dans le chapitre réservé aux réinterventions; il n'y a aucun résultat mauvais. Tous les autres sont satisfaisants.

F - En fonction de la date du premier signe de détérioration discale. (tableaux n° 12 et 13).

RESULTATS EXPRIMES EN FONCTION DE LA DATE DU 1er SIGNE DE DETERIORATION DISCALE

1°) Malades opérés plus d'un an après les 1er épisodes

Résultats	Nombre de cas	Pourcentage	
Parfait	23	22,6	
Très bon	35	34,2	75,5
Bon	19	18,7	
Moyen	18	17,7	24,5
Mauvais	7	6,8	
Total	102	100	100

Tableau n° 12

Nous considérerons comme "premier signe de détériotation discale", le premier élément clinique : lumbago aigu, lombalgies simples, sciatalgie, manifestation d'une altération discale de la charnière lombosacrée, sans préjuger de

son type anatomique, ni de son siège précis qui notamment peut-être différent de celui sur lequel portera l'intervention. En effet, nous nous proposons d'étudier le résultat d'une intervention portant le plus souvent sur un seul disque, en fonction de l'état antérieur de l'ensemble physiologique dont il fait partie : la charnière lombo-sacrée qui comporte deux disques intervertébraux.

RESULTATS EXPRIMES EN FONCTION DE LA DATE DU 1er SIGNE DE DETERIORATION DISCALE

2°) Malades opérés moins d'un an après le 1er épisode

Résultat	Nombre de cas	Pourcentage	
Parfait	9	18	
Très bon	18	36	82
Bon	14	28	
Moyen	6	12	18
Mauvais	3	6	
Total	50	100	100

Tableau n° 13)

Comme nos prédécesseurs, nous avons conservé cette distinction dans le temps entre les malades opérés plus d'un an et ceux opérés moins d'un an après le premier épisode. Il semble que cette distinction reste valable puisque le pourcentage des bons résultats passe de 82 % en cas d'antécédents inférieurs à 1 an, à 75,5 % en cas d'antécédents supérieurs à 1 an.

Il faut pourtant noter que cette différence n'est pas aussi flagrante que dans la première série étudiée jusqu'en 1957, puisque dans les mêmes conditions, on passait de 100 % de bons résultats à 69,8 % seulement.

Plusieurs explications peuvent être avancées :

1°) En faveur de la baisse du pourcentage de bons résultats chez les sujets opérés moins d'un an après le ler épisode de détérioration discale.

La variation progressive dans le sens de la gravité et de la difficulté des cas présentés dans les centres spécialisés comme nous l'avons noté au début de cette étude. Mais c'est un élément qui n'explique pas tout,car il devrait jouer aussi pour l'autre série (malades opérés plus d'un an après le ler épisode).

Or, il n'en est rien puisque nous voyons passer le pourcentage de 69,8 % de bons résultats en 1957 à 79,8 % dans la série de malades opérés de 1957 à 1961. Mais alors :

2°) En faveur de cette **amélioration** des proportions vient jouer l'argument de la précision croissante dans l'indication opératoire et peut être celui de l'amélioration de la technique opératoire.

G - En fonction de l'âge de la sciatique au moment de l'intervention.

Nous envisageons non plus la "longueur" des antécédents comme précédemment, mais bien la durée de la crise qui a amené directement à l'intervention.

Cette notion est importante à étudier car il faut se souvenir que l'un des caractères principaux de la "sciatique chirurgicale" est d'être "rebelle" c'est-à-dire résistante aux traitements médicaux et orthopédiques d'une part et à l'épreuve du temps d'autre part.

Ces différents traitements ayant réalisé d'énormes progrès depuis l'époque où l'on a commencé à aborder chirurgicalement les disques intervertébraux et par ailleurs ces interventions ayant elles aussi fait preuve de leur valeur, il s'en est suivi d'un raccourcissement de l'épreuve du temps; de sorte qu'au début, on n'opérait pas en principe une sciatique ayant moins d'un an d'âge. Puis ce délai s'étant très raccourci, Le Chevallier a pu montrer sur l'ensemble des cas opérés de 1951 à 1957 que passé le 7ème mois, le résultat avait moins de chances d'être satisfaisant qu'avant cette date.

AGE DE LA SCIATIQUE AU MOMENT DE L'INTERVENTION

Nombre de mois	Nombre de cas	Nombre de mois	Nombre de cas
1 ou moins	9	8	12
2	10	9	7
3	17	10	4
4	18	11	5
5	15	12	3
6	14	13	3
7	17	14 et plus	18

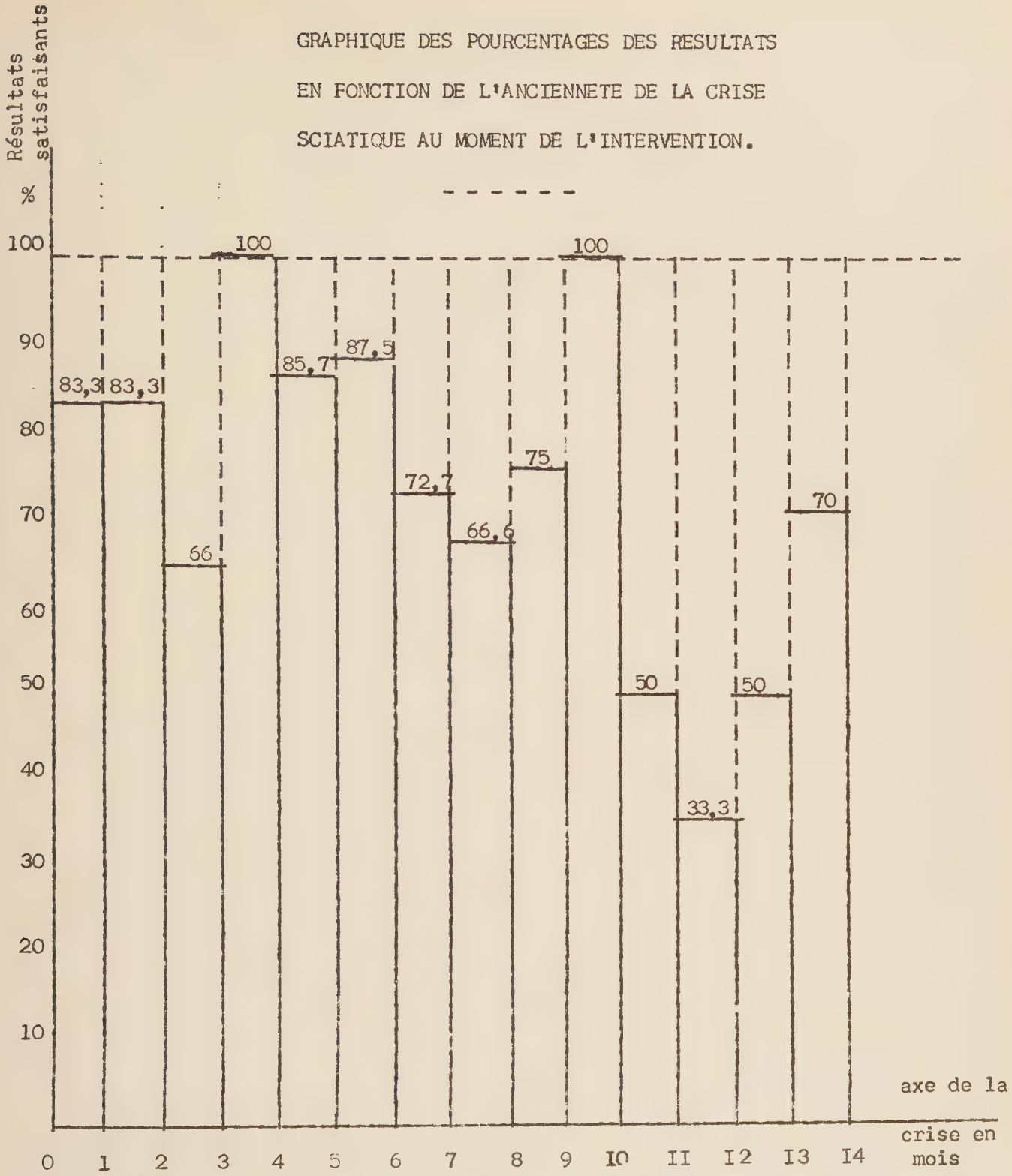
Tableau n° 14

Nous avons donc dressé un tableau pour noter la répartition des sciatiques en fonction de leur ancienneté (tableau n° 14).

GRAPHIQUE DES POURCENTAGES DES RESULTATS

EN FONCTION DE L'ANCIENNETE DE LA CRISE

SCIATIQUE AU MOMENT DE L'INTERVENTION.



On distingue deux catégories de résultats :

- satisfaisants
- insuffisants

Puis cette notion de cap optimum étant établi pour les malades opérés jusqu'en 1957, nous avons isolé les 92 cas opérés de 1957 à 1961, en calculant pour chaque groupe d'âge en mois le pourcentage des résultats satisfaisants. Ces chiffres sont reportés sur un graphique et si sur ce graphique, on trace la ligne de moyenne générale des pourcentages de bons résultats (78 % environ) on note que :

1°) après 6 mois aucune moyenne mensuelle sauf une (celle du 10ème mois) n'atteint la ligne de moyenne générale.

En ce qui concerne ce chiffre de 100 % de bons résultats, pour les sciatiques opérées dans le cours de leur dixième mois, nous n'avons aucune explication à proposer mais simplement une réserve à émettre; il n'y a que 3 cas sur les 92 malades de cette série.

2°) Avant 6 mois. Toutes les moyennes sauf une (celle du 3ème mois) sont au dessus de la ligne de moyenne générale.

En ce qui concerne ce pourcentage de 66 % seulement de résultats satisfaisants pour les sciatiques opérées durant leur 3ème mois, il porte sur 12 malades de la série de 92 donc sur un contingent suffisant pour représenter une réelle valeur et alors, on peut proposer une explication :

- Si l'on fait opérer une sciatique dans les deux premiers mois, c'est que sans avoir un caractère hyperalgique ou paralysant qui peuvent entrainer une intervention très rapide, voire d'urgence, on est en présence d'une sciatique malgré tout très douloureuse ou bien, d'un échec absolument total des thérapeutiques médicales, chez un sujet jeune, représentant un bon terrain chirurgical. De sorte que dans ces conditions, le résultat est souvent excellent.

Inversement, si l'on a pu attendre jusqu'au 3ème mois, c'est que l'on est en présence d'une sciatique qui n'est probablement pas intolérable, soit parce qu'il en a toujours été ainsi depuis le début, soit parce qu'il y a eu une certaine amélioration sous l'influence du traitement médical; mais alors on ne peut pas considérer qu'on a laissé suffisamment le temps jouer son role. Autrement dit, le 3ème mois est la mauvaise période, car on ne peut pas encore affirmer que l'on soit en présence d'une sciatique effectivement chirurgicale.

Par conséquent, on arrive à répéter qu'en dehors de cas bien précis :

- sciatique hyperalgique,
- sciatique paralysante
- sciatique totalement réfractaire aux traitement médicaux, avec signes indiscutables de hernie discale, l'intervention précoce n'est pas justifiée.

Dans tous les autres cas, il faut de toutes façons y adjoindre une épreuve du temps de 4 à 5 mois avec un traitement médical qu'il sera préférable d'appliquer en milieu spécialisé, ce qui ne risque pas de perturber le pronostic opératoire éventuel, comme on peut le constater d'après le tableau n° 15.

En regroupant les résultats des 152 malades opérés dans les dix dernières années et en les exprimant en fonction des 3 catégories d'âge de la crise :

- moins de 7 mois,
- de 7 à 12 mois
- plus de 12 mois,

on note que dans la première catégorie le pourcentage de bons résultats est de 85 %, donc sensiblement supérieur à la moyenne générale. Alors qu'au delà du 7ème mois, le pourcentage "tombe" à 67,6 %, puis 61,5 %.

RESULTATS EXPRIMES EN FONCTION DES 3 CATEGORIES D'AGE DE LA CRISE DE SCIATIQUE AU MOMENT DE L'INTERVENTION

- - - - - - - - -

Résultat	moins de 7 mois		de 7 à 12 mois		Plus de 12 mois	
	Nbre de cas	Pourcentage	Nbre de cas	Pourcentage	Nbre de cas	Pourcentage
Parfait	20		8		4	
Très bon	38	85,1	9	67,6	6	61,5
Bon	22		8		3	
Moyen	12	14,9	8	32,4	4	38,5
Mauvais	2		4		4	
Total	94		37		21	

Tableau n° 15

EN CONCLUSION :

Malgré un raccourcissement de l'épreuve du temps, la sciatique "chirurgicale" doit conserver dans sa définition l'adjectif "Rebelle" sur lequel notre Maître le Professeur S. de SEZE avait particulièrement insisté dès le début de ses travaux sur la pathologie disco-vertébrale.

En effet, il ne faut pas oublier qu'en dépit des caractères particulièrement efficaces et bénins de l'intervention chirurgicale en cas de hernie discale, elle ne doit pas être indiquée sans une étude séméiologique complète et un traitement médical correctement appliqué. Ces conditions étant remplies dans un centre de rhumatologie ou pourtant le recrutement est dense du fait de la concentration des cas particuliers, pas plus de 8 à 10 malades ne subissent une intervention pour hernie discale, sur 100 sujets ayant présenté une sciatique.

C'est ainsi qu'au Centre Viggo Petersen, l'indication opératoire a été posé 213 fois en 10 ans, alors que nous avons dénombré 2.500 fiches de "sciatiques".

- - - - - - - -

C H A P I T R E III

ETUDE COMPARATIVE DE LA SYMPTOMATOLOGIE DES SCIATIQUES "CHIRURGICALES" et DES DECOUVERTES OPERATOIRES

Le principe de l'intervention chirurgicale en matière de sciatique est fondée sur l'existence d'un conflit disco-radiculaire rebelle aux traitements médicaux et à l'origine duquel se trouve une hernie discale.

La séméiologie évocatrice de hernie discale est maintenant bien établie tant sur le plan clinique que sur le plan radiologique standard : et c'est seulement lorsqu'il y a un doute, soit sur l'existence même d'une hernie soit sur sa topographie que l'on a recours à la saccoradiculographie.

Nous nous proposons d'aborder l'étude statistique de chacun de ces symptomes en cas de hernie discale découverte par le chirurgien, dans leur fréquence pré-opératoire puis dans leur avenir post-opératoire.

I - TROUBLES SENSITIFS SUBJECTIFS

A - Sur les 74 cas de hernies du disque L_4 L_5 le trajet de la douleur avait :

- 42 fois une topographie L_5 pure
- 3 fois une topographie S_I pure
- 29 fois une topographie douteuse ou mixte.

B - Sur les 58 hernies du disque L_5 S_I le trajet de la douleur avait :

- 43 fois une topographie S_I pure,
- 4 fois une topographie L_5 pure
- 10 fois une topographie douteuse ou mixte.

Les topographies pures mais abérrantes parce qu'elles ne correspondent pas à l'étage attendu s'expliquent facilement: une douleur de trajet S_I peut être donnée par une hernie paramédiaire du disque L_4 L_5.

Une douleur de trajet L_5 peut se rencontrer en cas de hernie du disque L_5 S_I si elle est en situation très latérale près du trou de conjugaison. Dans les 3 cas de hernie double, la douleur avait une topographie mixte ou douteuse.

Les douleurs bilatérales n'avaient jamais une topographie pure, elles correspondaient 2 fois à une hernie du disque L_4 L_5 et 3 fois à deux hernies du disque L_5 S_I.

En ce qui concerne les sciatiques avec hernie de siège inhabituel, elles seront envisagées dans le chapitre suivant.

II - ATTITUDE ANTALGIQUE ET RAIDEUR DOULOUREUSE

A - Attitude antalgique (tableau n° 16)

Une notion domine, l'absence d'attitude antalgique est beaucoup plus fréquente en cas de hernie discale L_5 S_I qu'en cas de hernie L_4 L_5.

D'autre part, l'inflexion latérale directe se voit plus souvent dans les hernies du disque L_4 L_5 que dans celles du disque sous-jacent. Cependant même dans les hernies siégeant en L_4 L_5, l'inflexion latérale croisée est plus fréquente que l'inflexion latérale directe.

ATTITUDE ANTALGIQUE

	L_4 L_5	L_5 S_I
Effacement de la lordose	13	5
Inflexion latérale directe	16	6
Inflexion latérale croisée	36	21
Pas d'attitude antalgique	18	24
Attitude antalgique à bascule	1	0

Tableau n° 16

B - Raideur douloureuse (tableau n° 17)

En comparant les chiffres dans les deux colonnes et en les rapportant au nombres de hernies découvertes à l'étage correspondant, on peut déduire que

- la hernie du disque L_4 L_5 bloque plus le rachis que la hernie du disque L_5 S_I

- le blocage se répartit de façon presque équivalente dans toutes les directions sauf en latéro-flexion croisée qui est, rappelons-le, la direction principale de l'attitude antalgique.

- quand à la hernie du disque L_5 S_I, elle bloque surtout les mouvements de flexion antérieure.

RAIDEUR DOULOUREUSE

	L_4 L_5	L_5 S_I
Raideur en flexion	48	39
Raideur en extension	46	26
Raideur en latéro flexion directe	43	28
Raideur en latéro flexion croisée	32	26
Raideur dans toutes directions	27	14
Rachis souple	8	10

Tableau n° 17

Si l'on compare les deux tableaux précédents cela revient à rechercher le nombre de signes de la "cassure" c'est ainsi que :

- la combinaison d'une attitude antalgique en inclinaison latérale directe avec une raideur en latéro-flexion croisée a été rencontré 21 fois, alors que la combinaison d'une attitude antalgique en inclinaison latérale croisée avec une raideur en latéro-flexion a été notée 35 fois.

C - Points douloureux - Signe de la Sonnette

Dans les 74 cas de hernie du disque L_4 L_5, on relève :

- un point douloureux lombaire, provoqué 32 fois par la pression de l'interligne correspondant et 11 fois par la pression de l'interligne sous-jacent.

- un signe de la sonnette dans 27 cas.

Dans les 58 cas de hernie du disque L_5 S_I, on relève :

Un point douloureux lombaire provoqué 23 fois par la pression de l'interligne correspondant, 7 fois par la pression à un autre niveau.

Un signe de la sonnette dans 10 cas.

A noter que dans le cas où le chirurgien n'a pas découvert de hernie discale, nous n'avons jamais observé de signe de la sonnette; ce qui confirme la valeur de ce symptome quand il existe.

C'est dire qu'il faut le rechercher très attentivement sur le malade en décubitus ventral en relachement musculaire maximum.

D - Troubles moteurs :

Dans 8 observations il n'y avait rien de noté.

Dans 118 observations, on signale l'absence de troubles moteurs. On relève une diminution de la force des fléchisseurs 15 fois et des extenseurs 17 fois.

Dans 8 cas, il s'agissait de véritables sciatiques paralysantes.

E - Troubles reflexes :

Les réflexes sont normaux dans 70 cas. Le reflexe rotulien homolatéral n'est pas retrouvé 5 fois dont 1 fois en cas de hernie discale L_5 S_I.

Le controlatéral est absent dans un cas de sciatique L_5. Mais c'est le réflexe achilléen dont la réponse est le plus souvent perturbée.

L'homolatéral est absent ou nettement diminué dans :

- 45 cas de hernie discale L_5 S_I
- et 16 cas de hernie discale L_4 L_5

Le controlatéral est intéressé dans :

- 1 cas de hernie discale L_5 S_I
- et 5 cas de hernie discale L_4 L_5

Il en ressort la valeur localisatrice de la perturbation du réflexe achilléen.

F - Troubles de la sensibilité :

Dans un certain nombre d'observations antérieures à 1957, il n'y a rien de noté dans cette rubrique, de sorte que sur l'ensemble des observations, on peut retenir les constatations suivantes.

	L_4 L_5	L_5 S_I
Pas de troubles	43	32
Hypoesthésie L_5	21	3
Hyperesthésie L_5	4	0
Hypoesthésie S_I	0	14
Hyperesthésie S_I	0	2
Hypoesthésie de topographie douteuse	5	0

Tableau n° 18

On doit en retenir outre la correspondance séméiologique globale, le fait que dans le tableau de hernie du disque L_4 L_5, on ne relève aucun trouble de la sensibilité objective ayant une topographie franchement S_I ce qui augmente leur valeur localisatrice.

Au terme de cette étude séméiologique clinique, retenons : en raison de leur fréquence ou de leur quasi exclusivité pour un type donné de lésion :

- la topographie bien précise de la douleur subjective même si elle est incomplète, mais prolongée par des parasthésies
- l'attitude antalgique avec signe de la "cassure",
- signe de la sonnette déclenchée par la pression en un point à bien préciser,
- déficit de la force musculaire élective d'un groupe,
- altération de la réponse du réflexe achilléen,
- l'existence de troubles de la sensibilité objective.

En ce qui concerne l'examen radiologique, rappelons que dans le service du Professeur de SEZE, on pratique systématiquement 3 clichés pour toute lombosciatique en position debout :

- dorso-lombo pelvi-fémoral de face en postéro antérieur
- incidence spéciale de face pour le disque L_5 S_I
- profil lombo-sacré global.

D'autres clichés sont demandés si cela s'avère nécessaire après l'examen des 3 clichés précédents. On peut pratiquer notamment une épreuve dynamique pour tenter d'électiver un baillement ou un pincement tant latéral que postérieur.

Au total, nous pouvons répértorier les résultats dans le tableau suivant, mis à part :

- le pincement discal global qui se voit avec une fréquence du même ordre de grandeur aux deux étages,
- le pincement postérieur plus fréquent dans les lésions du disque L_5 S_I.

	L_4 L_5	L_5 S_I
Pincement discal global	32	21
Pincement latéral électif	10	3
Baillement postérieur	17	2
Baillement latéral électif	28	3
Pincement postérieur	2	7
Anomalie transitionnelle	3	11
Spina bifida	1	1

Tableau n° 19

Les autres signes discaux acquis sont beaucoup plus fréquents dans les lésions du disque L_4 L_5. Et finalement sur le plan radiologique standard, ce sont les hernies du disque L_4 L_5 qui sont les plus parlantes.

Quant à la saccoradiculographie aux méthiodal, elle fut pratiquée 15 fois avant 1957 et 54 fois depuis.

Sur cette série aucun incident majeur n'est à signaler et 3 fois elle n'a pas apporté la preuve de la hernie discale. Mais, chaque fois qu'elle était anormale le chirurgien a découvert une lésion discale. Est-ce à dire qu'elle est indispensable pour opérer ? Nous ne le pensons pas, car en dépit des 20 interventions "blanches", il faut rappeler que depuis 1957, sans le secours de cet

examen le chirurgien a découvert 29 hernies discales.

Au total, c'est un examen fort utile mais qui peut ne pas être systématique à condition d'examiner son malade cliniquement et radiologiquement avec un maximum de rigueur et d'exigence. Quand on en arrive à discuter une indication opératoire. Dès lors, la saccoradiculographie devient nécessaire :

- chaque fois que se pose le problème d'une réintervention,
- chaque fois que du fait du caractère anormal, incomplet, douteux, ou mixte du tableau clinique ou radiologique, on peut émettre un doute tant sur l'existence même que sur le siège de la hernie discale.

Le bilan post-opératoire a été établi pour les signes subjectifs sur l'ensemble des sujets,et pour les signes objectifs, uniquement sur ceux qui ont pu être réexaminés.

I - SIGNES SUBJECTIFS :

Nous avons distingué la douleur lombaire et la douleur sciatique.

1°) La douleur lombaire :

- a disparu totalement et sans reprise : 49 fois
- a disparu complétement mais avec des reprises intermittentes : 59 fois,
- a disparu complètement pour réapparaître sur un mode continu, mais moins intense : 9 fois.
- a seulement été atténué : 25 fois
- est resté sans changement : 10 fois.

2°) La douleur sciatique :

- a disparu totalement et définitivement : 76 fois,

- a disparu totalement, pour réapparaître de façon intermittente et peu gênante : 40 fois,
- a disparu totalement, mais il existe une douleur sciatique d'un autre territoire : 18 fois,
- a simplement été atténuée : 13 fois
- est restée inchangée : 5 fois.

Au total : la douleur lombaire est moins modifiée par l'intervention que la douleur sciatique.

II - SIGNES OBJECTIFS post-opératoires chez 95 sujets examinés.

A - Attitude antalgique.

Il y en avait une chez 65 malades, elle a disparu 60 fois. 3 fois, elle est demeurée inchangée, 2 fois, elle a changé de sens.

B - Il existait une raideur douloureuse chez 79 malades :

Elle a disparu complètement : 57 fois, mais il persiste une raideur :
- en flexion chez 9 malades,
- en extension 11 fois
- en latéro-flexion directe : 13 fois,
- et en latéro-flexion croisée : 13 fois.

C - Les troubles de la sensibilité objective qui existaient chez 20 malades, ont disparu totalement 8 fois, ont régressé 7 fois, et sont restés inchangés 5 fois.

D - En ce qui concerne les réflexes ostéotendineux, nous avons noté la réapparition d'un réflexe dans 11 cas, la disparition post-opératoire dans 8 cas, et 13 fois la réponse diminuée ou nulle est restée inchangée.

E - Force musculaire.

Trois fois nous avons constaté, l'existence d'un déficit musculaire discret qui n'était pas signalé dans l'observation pré-opératoire, sur les 95 malades réexaminés, 14 avaient une parésie avant l'intervention; 9 ont récupéré dont 7 complètement. 2 avaient une dysurie, l'une a disparu sans séquelle, l'autre n'a fait que régresser. Enfin un malade signale une impuissance post-opératoire, mais il n'y a aucun autre signe neurologique

III - ACTIVITE PROFESSIONNELLE

Sur l'ensemble des 152 malades opérés d'une sciatique durant les 10 premières années :

1°) 36 avaient un métier dit "de force" :

- 11 seulement ont pu le reprendre
  - . tous les autres ont du changer d'occupation :
  - . 7 ont un métier fatiguant,
  - . 17 ont un métier doux
  - . 2 restent inactifs.

2°) 66 avaient un métier fatiguant, soit par la position, soit par les déplacements qu'il nécessite, mais sans manoeuvre de force, agissant sur la charnière lombosacrée.

- 38 ont pu le reprendre,
- 20 ont un métier moins fatiguant
- 8 ont un métier très doux

3°) 43 avaient un métier doux

- 1 fait désormais un métier fatiguant

- 40 ont conservé leurs occupations,
- 2 sont inactifs

4°) 7 étaient pratiquement inactifs

- 1 a pu faire un métier fatiguant,
- 2 ont un métier doux
- 4 restent inactifs.

Parmi les sujets inactifs, nous comptons un certain nombre de personnes âgées, notamment des femmes, dont l'activité était naturellement réduite, par conséquent il ne s'agit pas forcément de malades ayant eu un mauvais résultat.

Il faut noter surtout que les métiers de force, sont peu compatibles avec ce type d'intervention.

C H A P I T R E _ IV

PROBLEMES PARTICULIERS

Nous nous proposons d'aborder successivement :

- une étude sur le résultat des réinterventions
- une étude synthétique des mauvais résultats en dépit de la découverte d'une hernie discale indiscutable.
- une revue de cas inhabituels : . hernie double
  . hernie de siège inattendu.

Etant donné l'unité résidant dans l'établissement du protocole d'examen dans la technique chirurgicale depuis 1957, nous envisagerons ces problèmes d'après le contingent de malades opérés depuis cette date.

I - BILAN DES REINTERVENTIONS

Nous entendons par réintervention, un acte chirurgical répété au même niveau discal. De sorte qu'une 2ème intervention dirigée sur un autre étage et ceci quelle qu'en soit la cause :

- erreur d'étage de la première intervention,
- découverte secondaire d'une autre hernie discale à un autre étage n'est pas considérée sur le plan du résultat et du pronostic comme une réintervention.

Ainsi définies, nous possédons 8 observations de réinterventions. 3 fois le chirurgien n'a pas découvert de hernie franche et dans ces 3 cas, le résultat ne fut pas satisfaisant.

OBSERVATION n° 1

ALE.... Léone - 40 ans - Infirmière.

Sciatique S_I droite à début brutal en janvier 58 à la suite d'un effort de soulèvement. En Février 58, elle subit en province une intervention portant sur les deux espaces L_4 L_5, L_5 S_I qui s'avèrent normaux. Il n'y a aucune amélioration.

Examinée dans le service pour la première fois en Juin 58, le tableau n'est pas complet :

- douleur type S_I
- paresthésies des 4 derniers orteils
- aucune exagération des signes subjectifs lors de la toux,
- pas d'attitude antalgique,
- rachis moyennement souple,
- points douloureux étagés le long de la cicatrice de la première intervention,
- pas de signe de la sonnette,
- signe de Lasègue à 70° seulement.

Donc tableau de sciatique particulièrement batard. Mais il s'accompagne :

- d'une diminution de la force musculaire des extenseurs
- d'une abolition de l'achilléen droit.

La sacco-radiculographie ne met pas d'encoche en évidence, on note simplement un arrêt prématuré des racines L_5 et S_I droites.

Par ailleurs, il faut signaler une hémisacralisation droite et une déviation susjacente.

Malgré les images peu convaincantes, l'intervention est effectuée le 20 novembre 1958, le chirurgien trouve une racine S_I emprisonnée dans un bloc de sclérose d'où il arrive à la dégager de son origine jusqu'au trou de conjugaison, cette racine est de volume anormal (celui d'un petit doigt). Pas de hernie aux deux étages explorés.

Résultat : Douleur atténuée mais permanente. Le travail a pu être repris en Janvier 60, mais dans un service plus calme.

La malade habitant la province n'a pu être réexaminée.

OBSERVATION n° 2 :

LEF... Louise, 48 ans - Sans profession.

Intervention pour sciatique L_5 gauche en Juillet 57. On n'a pas de compte-rendu opératoire.

Après une période post-opératoire d'un mois sans aucune douleur, celle-ci réapparait identique à ce qu'elle était. Le tableau clinique est pauvre :

- douleur du trajet L_5 gauche
- pas d'attitude antalgique
- raideur rachidienne modérée,
- pas de points douloureux,
- pas de signe de la sonnette,
- signe de Lasègue à 65° seulement
- Examen neurologique normal.

Radiologiquement : - pincement L_4 L_5 à la sacco-radiculographie : petite encoche amputant L_5 gauche.

Intervention : - la racine très adhérente est difficile à dégager,

- le disque est à peine saillant,

- après incision, la curette ramène un fragment discal.

Résultat : La douleur est seulement atténuée.

OBSERVATION n° 3 :

LAH... Georges - 42 ans - Monteur Cimentier.

Lombosciatique droite à début brutal à la suite d'un effort en mars 1957. Deux interventions. Décembre 57 et Aout 58 explorant les deux étages L_4 L_5 et L_5 D_I ne montrent aucune lésion discale et ne sont suivies d'aucune amélioration.

Examiné dans le service en janvier 59 : Clinique :

- douleur de type S_I droite, maximum nocturne,
- rachis raide sauf en latéro-flexion croisée,
- attitude antalgique en inclinaison latérale croisée,
- signe de Lasègue à 60°
- pas de signe de la sonnette,
- léger déficit de la force musculaire de la loge postérieure
- achilléen droit aboli.

Clichés : - standard : pincement L_5 S_I

- image de laminectomie de L_5
- résection de l'apophyse articulaire gauche L_5

Saccoradiculographie :

- de face la colonne opaque diminue progressivement de largeur aux dépens de sa partie droite, depuis le bord supérieur du corps de L_4 et se termine en biseau au niveau du bord inférieur de L_5,

- de profil et de 3/4. Arrêt de la colonne opaque au niveau du bord inférieur de L_5 sans image anormale sous-jacente.

Intervention le 4 mars 1959 :

- pas de hernie discale ni en L_4 L_5 ni en L_5 S_I
- la racine est entourée de graisse et de veines.
- le fourreau dural est doublé par du tissu fibreux et épais.

Résultat actuel :- aucune amélioration.

- travail impossible.

2°- 5 fois le chirurgien a découvert une hernie discale. Dans un seul cas (obs. 1) le résultat est très bon. Dans les 4 autres cas, il est moyen (2 fois) ou mauvais.

OBSERVATION n° 1

CAR... Fiori - 39 ans - Charpentier.

En 1950 : sciatique gauche, exérèse de hernie discale suivie de greffe intervertébrale postérieure, Résultat : guérison.

En 1955 - nouvelle douleur. 2ème intervention : ablation de la greffe Résultat : guérison.

En 1959 : à la suite d'un effort, tableau typique de sciatique S_I gauche, avec Lasègue à 45°, sans signes de la sonnette, avec abolition de l'achilléen gauche.

Mais radiologiquement, la localisation est moins évidente.

Les espaces L_4 L_5 et L_5 S_I sont arthrosiques et sur la saccoradiculographie : on observe une petite encoche en regard de L_4 L_5.

La racine L_5 n'est pas injectée. La racine S_I paraît élargie.

Intervention 15 septembre 1959 - Le chirurgien note : hernie discale L_5 S_I

Résultat : Quelques lombalgies après effort violents. Mais plus de sciatique et le sujet a pu reprendre un autre métier qui l'oblige à soulever des poids lourds. Il a changé de métier à cause du risque de chutes.

Les autres observations du fait de leur résultat insuffisant malgré la découverte de hernie discale, seront relatées dans le chapitre correspondant.

Au total, cette série très courte heureusement d'ailleurs, permet d'affirmer le caractère très aléatoire du résultat des interventions pour sciatique. En effet :

1°) Lorsqu'on n'a pas trouvé de hernie discale, chaque fois le résultat n'est pas satisfaisant. Par conséquent, il semble que l'on soit en droit de refuser toute réintervention chirurgicale si l'on n'est pas certain de l'existence d'une hernie discale.

2°) Lorsqu'on a trouvé une hernie discale une fois certes le résultat est très bon, mais dans tous les autres cas (3 sur 4) il est insuffisant. Par conséquent, même lorsqu'on est sûr de l'existence d'une hernie discale, la réintervention ne doit être proposée qu'après échec absolu de toutes les autres méthodes et avec d'infinies précautions vis à vis du malade. Il faut encore noter que le seul très bon résultat obtenu correspond à un cas de récidive après une

phase de guérison complète et prolongée après l'intervention précédente; par conséquent, il ne s'agit pas d'un véritable échec du traitement chirurgical précédemment appliqué.

II - ETUDE SYNTHETIQUE DES MAUVAIS RESULTATS

En dépit de la découverte et de l'exérèse d'une hernie discale indiscutable, nous avons annoncé cette étude en présentant les résultats obtenus en fonction de la lésion découverte. Le but est de rechercher les élèments susceptibles d'apporter des éclaircissement sur la cause de ces résultats insuffisants. Le principe utilisé est le suivant.

- isoler les éléments qui a posteriori semblent expliquer l'echec complet ou partiel, puis les rechercher dans le contingent des bons résultats, ce qui permet de savoir si statistiquement ces "signes" sont à retenir et dans ce cas ils peuvent peut-être devenir des signes qui a priori doivent faire craindre un résultat incomplet.

OBSERVATION n° 1

MAR... Hubert - 37 ans.

Clinique : - début brutal, lonbosciatique droite, douleur de topographie mixte avec en plus une cruralgie transitoire :

- attitude antalgique croisée,
- raideur modérée,
- pas de Lasègue homolatéral,
- Lasègue par élévation du membre inférieur gauche,
- examen neurologique normal,
- glycémie normale.

Clichés : - standard : normaux.

- épreuve dynamique : normale (malgré l'attitude antalgique,

- saccoradiculographie : sac refoulé en L_5 S_I,

empreinte en L_4 L_5 remontant derrière L_3

Intervention, au 3ème mois de la crise. Très volumineuse hernie comprimant L_5 adhérant à la gaine. La hernie dépasse la ligne médiane et s'élève derrière L_3.

Résultat : douleur intermittente atténuée, siégeant au niveau des lombes et du mollet droit.

Elèments à retenir :

- topographie imprécise de la douleur, notamment avec une "touche crurale".

- Intervention au 3ème mois,

- gros dégats anatomiques.

OBSERVATION n° 2

LAN... Madeleine - 54 ans - Femme de ménage.

- passé lombalgique : 4 ans,

- antécédent de cruralgie droite

- douleur de topographie L_4 droite, S_I gauche,

- glycémie normale,

- clichés : standard : discarthrose (L_2 L_3 / L_4 L_5

- saccoradiculographie au méthiodal : encoche derrière L_2 L_3 et L_4 L_5. pas d'imprégnation au dessous. Lipiodol : arrêt en L_2 L_3

1ère intervention : le chirurgien aborde L_I L_2 donc erreur d'étage.

2ème intervention. Abord de L_2 L_3, le chirurgien découvre une hernie discale, petite mais indiscutable.

Résultat : la douleur gauche (donc S_I) disparaît, puis quelques mois après : apparition d'un syndrome de la queue de cheval et réapparition des douleurs. Un nouveau basculage montre un arrêt transitoire derrière L_3 L_4 et L_4 L_5.

3ème intervention : arachnoïdite

- exploration intradurale : négative,
- exploration extradurale :
  - pas de débris discaux en L_2 L_3
  - L_3 L_4 normal,
  - L_4 L_5 énorme saillie transversale, gros fragment discal exclu, curetage complet.

Résultat : L'examen neurologique des racines sacrées est normal, persistent donc : discrète hypoesthésie L_5 droite et surtout des douleurs intermittentes sur les trajets antérieurs.

Eléments à retenir :

- crise déjà vieille de plus de 7 mois lors de la première intervention,
- antécédents de lombalgies depuis 4 ans,
- douleur de topographie étendue,
- réinterventions.

OBSERVATION n° 3 :

BOU... Moussa - 52 ans - Peintre.

Clinique : à la suite d'un traumatisme lombaire (accident du travail) lombosciatique droite.

- topographie douteuse. Lombe, face postérieure de la cuisse, face postéro interne de la jambe jusqu'à la malléole interne.

- point douloureux L_4 L_5 mais pas de signe de la sonnette,
- discret déficit de la force musculaire de la loge antérieure,
- réflexe achilléen droit diminué,
- hypoesthésie sur le trajet de L_5
- clichés : standard : discarthrose étagée notamment de L_5 S_I

saccoradiculographie : volumineuse encoche L_4 L_5

Intervention (19 octobre 1959)

- ligament vertébral postérieur rompu,
- hernie discale exclue bloquant la racine à son entrée dans le canal de conjugaison.

Résultat : n'a plus de sciatique, mais une lombalgie intense, tenace avec raideur lombaire quasi totale. Examen neurologique normal.

Eléments à retenir : - topographie atypique,
- discarthrose étagée.

OBSERVATION N° 4

HAM.... Mohammed - 38 ans - Manoeuvre

Clinique : début brutal (accident de travail) lombosciatique L_5 typique.

Clichés : standard : léger baillement postérieur L_4 L_5, saccoradiculographie : encoche L_4 L_5 gauche, racine L_5 gauche amputée.

Intervention : 29 Juillet 1958, pas de hernie . En fait il s'agissait d'une erreur d'étage.

2ème intervention : très volumineuse hernie L_4 L_5 ligament vertébral postérieur rompu.

Suites opératoires : suppuration locale guérissant rapidement en formant un bloc L_4 L_5 après un traitement antibiotique.

Après une phase d'atténuation reprise des douleurs. Une nouvelle saccoradiculographie s'avère normale. Et pourtant le résultat reste mauvais.

Eléments à retenir : - gros dégats anatomiques,
- complications post-opératoires

OBSERVATION N° 5 :

AOU... Arab. - 24 ans - Cuisinier

Clinique : début progressif en juillet 60

- douleur de topographie incomplète, mais plutôt S_I droit,
- attitude antalgique croisée,
- point douloureux en L_5 S_I avec signe de la sonnette
- signe de Lasègue à 40°
- abolition de l'achilléen droit.

Clichés : standard : normaux

Intervention : 22 mars 1961: hernie discale L_5 S_I refoulant la racine S_I en arrière.

Résultat : Après une phase indolore, reprise de la douleur, mais cette fois bilatérale. Les deux réflexes achilléens sont abolis. Radiologiquement il y a un affaissement global du disque L_5 S_I

Après rééducation, nette amélioration. Ne souffre pas en position debout, mais persistent des douleurs lors de la station assise.

Eléments à retenir :

- durée de la crise : 8 mois,
- détérioration discale post-opératoire,
- absence de saccoradiculographie n'est pas à retenir puisque le chirurgien a découvert une hernie.

OBSERVATION N° 6

CAU... Henri.

Antécédent : sciatique gauche après effort en 1952, depuis lombalgies intermittentes.

Clinique : lombosciatique droite de topographie plutôt S_I

- signe de la sonnette,
- signe de la pointe et du talon
- réflexe achilléen droit aboli.

clichés : baillement latéral L_4 L_5, saccoradiculographie : énorme encoche en regard de L_4 L_5

1ère intervention : Juillet 1958 : hernie discale L_4 L_5 qui adhère à la racine L_5 droite.

Résultat : très bon jusqu'en 60. A la suite d'un effort, réapparition d'une douleur de topographie mixte L_5 S_I droite et franchement S_I à gauche.

2ème intervention : la racine L_5 droite est soulevée par une très volumineuse hernie discale médiane.

Résultat : disparition de la douleur gauche. Atténuation de la douleur droite.

Elèments à retenir : - diffusion des symptomes subjectifs et objectifs
- réintervention.

OBSERVATION N° 7

ROU.... Simone.

Passé lombalgique 7 ans.

Clinique : - apparition progressive de la sciatique gauche après un lumbago aigu d'effort,

- douleur de topographie L_5 s'arretant devant la malléole externe et prolongée par une hypoesthésie du dos du pied,

- pas d'attitude antalgique,

- rachis souple

- Lasègue homolatéral 45°,

clichés : standard normaux.

Epreuve dynamique : défaut de pincement L_4 L_5 gauche

Saccoradiculographie : petite encoche en regard de L_4 L_5

Intervention : très nette hernie discale.

Résultat : douleurs lombaire et sciatique atténuées à la fatigue

Eléments à retenir : passé lombalgique de 7 ans

OBSERVATION n° 8

LAP... Marthe - 74 ans

Antécédent : lombalgie depuis 3 ans.

Clinique : début progressif en mars 59

- douleur mixte L_5 et aussi L_4 droite,

- attitude antalgique croisée,

- rachis raide,

- point douloureux en L_4 L_5 avec signe de la sonnette,

- pas de signe de Lasègue
- abolition des deux achilléens.

Clichés : standard : - déminéralisation,
- arthrose apophysaire postérieure L_4 L_5 et L_5 SI

Saccoradiculographie : encoche en regard de L_3 L_4 et L_4 L_5

Intervention : avril 61 . Ligament calcifié,au niveau de L_4 L_5 : L_5 soulevée sur un plan très dur. Hernie discale certaine, mais fragment d'aspect inhabituel en nid d'abeilles. Au niveau de L_3 L_4 pas de saillie discale ; les racines sont libres.

Résultat : les douleurs persistent quoique atténuées.

Eléments à retenir :
- âge de la malade,
- arthrose apophysaire postérieure,
- ancienneté de la crise : 2 ans, au moment de l'intervention
- diffusion des symptomes.

OBSERVATION N° 9

EDU.... Aimé - 57 ans - Chauffeur Débardeur.

Antécédent : depuis plus de 30 ans, 1 lumbago par an.

Clinique : début brusque en Janvier 60. Sciatique L_5 droite, paralysante typique,

Clichés : standard : pincement L_4 L_5, arthrose apophysaire postérieur L_4 L_5 droite.

Intervention : 20 février 60. Hernie discale L_4 L_5 refoulant L_5 en dehors et en arrière.

Résultat :

- disparition de la lombalgie,
- récupération partielle de la force musculaire des extenseurs,
- persistance de la sciatique.

Eléments à retenir :

- métier de force,
- lésions arthrosiques apophysaires postérieures
- passé lombalgique de plus de 30 ans, mais à noter que la lombalgie a disparu.

OBSERVATION N° 10

BRO... Jeanne - 22 ans - Serveuse.

Clinique : début brusque : en mars 1960. douleur sciatique gauche.

En Juin 60 : dérobement du membre inférieur gauche.

En Décembre 60 : Troubles sphinctériens.

En Janvier 61 : on est en présence de

- une radiculalgie S_I gauche, sans recrudescence nocturne à laquelle s'associe un syndrome de la queue de cheval.
- déficit de la force musculaire, des fléchisseurs et des péroniers
- achilléens abolis
- les cutanés plantaires se font en flexion,
- hypoesthésie de la face postérieure de la cuisse gauche,
- anesthésie en selle S_2 S_3 S_4
- troubles sphinctériens : la malade ne peut uriner et doit être sondée.

Clichés : standard : normaux. Myélographie au lipiodol. Blocage derrière le bord inférieur de L_5, albuminorrachie : 0,75

Conclusion pré-opératoire : tumeur de la queue de cheval.

Intervention : 25 février 61 : volumineuse hernie discale L_5 S_I qui a glissé dans la partie supérieure du canal sacré, dont elle occupe toute la moitié gauche.

Résultat : disparition de la douleur sciatique, récupération partielle de la force musculaire, des troubles sphinctériens par acquisition d'un automatisme, persistance de l'anesthésie en selle.

Eléments à retenir : l'importance du syndrome neurologique.

OBSERVATION N° 11

HOR... Georges - 38 ans.- Conducteur de tracteur.

Clinique : brutalement à la suite d'un effort de soulèvement, lumbago aigu, suivi d'une irradiation sciatique droite, il en résulte un tableau de lombosciatique S_I droite sans signes neurologiques.

Clichés : standard : normaux. Saccoradiculographie : amputation de la racine S_I droite.

Intervention : volumineuse hernie discale L_4 L_5 refoulant L_5 en dedans.

Résultat : Persistance d'une douleur atténuée mais constante. Aucun élément à retenir.

OBSERVATION n° 12

GRA... Yolande : 31 ans.

Antécédents : 2 à 5 crises lombosciatique depuis 9 ans.

Clinique : obésité. Douleur L_5 franche typique, Attitude antalgique d'abord croisée puis directe.

Clichés : standard : baillement postérieur et gauche de l'espace L_4 L_5, saccoradiculographie : énorme encoche en regard de L_4 L_5

Intervention : hernie discale L_4 L_5 qui refoule la racine en dehors.

Résultat : tout a d'abord disparu, pour réapparaître lorsqu'elle s'est de nouveau occupée de son ménage et de ses cinq enfants.

Eléments à retenir :

- long passé lombosciatique,
- obésité,
- surmenage obligatoire (5 enfants)

OBSERVATION N° 13

FER.... Emilienne - 51 ans.

Clinique : A la suite d'un effort de soulèvement sciatique S_I droite typique en mai 58.

Clichés : standard. discarthrose L_5 S_I, saccoradiculographie : élargissement de S_I.

Intervention : Mai 59, volumineuse hernie discale qui soulève la racine S_I près de son origine.

Résultat : nul

Elément à retenir : crise de plus d'un an

OBSERVATION n° 14

BOU... Françoise - 22ans - Vendeuse.

Antécédent : sciatalgie depuis 13 mois,

Clinique : début progressif en mai 60, douleur de topographie plutôt S_I, rachis très raide, hypoesthésie du bord externe du pied puis brusquement paralysie des extenseurs.

Clichés : baillement postérieur de L_4 L_5.

Intervention en Juillet 60 : volumineuse hernie discale L_4 L_5 paramédiane.

Résultat : aucune amélioration subjective ni objective.

Elément à retenir :

- passé lombosciatique,
- intervention au 3ème mois,
- clinique mixte.

OBSERVATION N° 15

GAR... Daniel - 27 ans - Ancien parachutiste - Faïencier

Clinique : brutalement lombosciatique S_I gauche typique.

Cliché : baillement postérieur des disques L_5 S_I

1ère intervention : hernie discale L_5 S_I médiane. Pas d'amélioration.

Saccoradiculographie : encoche en regard de L_5 S_I avec amputation de la racine S_I

2ème intervention : existence d'un vestige discal adhérant à la racine, le disque L_4 L_5 est normal.

Suites opératoires: crise d'agitation en rapport avec l'intoxication éthylique chronique. Hématome de la région opératoire.

Résultat : aucune amélioration

Elément à retenir : réintervention chez un sujet qui a priori était un mauvais terrain chirurgical.

OBSERVATION N° 16

GER... Léon - 36 ans - Monteur

Antécédent : un lumbago aigu d'effort 9 mois avant la crise de la lombosciatique gauche de septembre 58.

-douleur de topographie incomplète, en effet, elle siège :

. aux lombes,

. à la fesse gauche,

."saute"la cuisse puis réapparaît au dessous du genou et prend une topographie L_5

. attitude antalgique croisée,

. signe de Lasègue à 45°

- clichés : standard : normaux.

- Saccoradiculographie : amputation de L_5 gauche. Rétrécissement en regard de L_5 S_I

1ère intervention : Février 59, erreur d'étage. Cependant le malade est passagèrement amélioré, puis fait une rechute. Une nouvelle saccoradiculographie démontre une encoche importante en regard de L_4 L_5.

2ème intervention : Janvier 60, la racine L_5 gauche est refoulée en arrière par quelques trousseaux fibreux et cartilagineux.

Résultat : très légère amélioration. Change de métier. Il devient tourneur. Aucun élément à retenir.

Au total : si l'on élimine les paramètres pour lesquels :

1°) l'étude statistique des résultats (chapitre II) nous a montré qu'en leur présence le pourcentage des bons résultats baissait notablement,

2°) On peut amener des modifications (en intervenant à un autre mo-

ment) car il s'agit d'élément de temps :

- durée de la crise,
- ancienneté du ler signe de détérioration discale.

Restent alors des paramètres que l'on ne peut pas modifier :

- douleur atypique de topographie non franche,
- signes neurologiques surajoutés,
- lésions vertébrales dégénératives.

Or tous ces signes sauf l'existence de douleurs radiculaires correspondant à un niveau sus-jacent de la lésion discale sont retrouvés avec une fréquence égale ou supérieure dans le contingent des cas favorables.

Par conséquent, on ne peut en déduire de contrindications réelles à l'acte chirurgical mais simplement une prudence supplémentaire de façon à ne pas accumuler plusieurs de ces éléments et cela avec une attention encore plus grande s'il s'agit d'une réintervention.

En conclusion : dans tous les cas d'indication chirurgicale limite n'intervenir que :

- lorsqu'on a épuisé toutes les ressources des traitements médicaux et orthopédiques,
- lorsqu'on est certain de l'existence d'une hernie discale, c'est-à-dire après l'avoir visualisée,
- lorsqu'on pense que cette hernie discale représentant la cause de tout ou partie des symptomes, son exérèse devra être bénéfique.

De toutes façons, cette intervention ne sera proposée qu'avec un certain nombre de précautions vis à vis du malade.

III - CAS INHABITUELS

A - Hernies doubles

Nous entendons sous ce terme les hernies siégeant aux étages L_4 L_5 et L_5 S_I explorées puis réséquées dans la même séance opératoire.

Nous possédons 3 observations :

OBSERVATIONS N° 1

PAY... Yvonne - 59 ans - Vendeuse

Antécédents : lombalgies fréquentes depuis 1958.

Clinique : Début progressif en juin 60 :

- douleur L_5 droite,
- attitude antalgique croisée,
- point douloureux L_4 L_5 sans signe de la sonnette,
- signe de Lasègue à 60°
- examen neurologique normal.

Clichés : standard : pincement droit de L_5 S_I, saccoradiculographie blocage derrière L_5 S_I, réinjection sous jacente.

Intervention (septembre 60) en L_5 S_I, hernie discale médiane, s'étendant plus à droite. Résection. En L_4 L_5 saillie médiane du disque. Résection.

Résultat : objectif : très bon

OBSERVATION N° 2

ESS... Marguerite - 43 ans - Blanchisseuse.

Antécédent : 1 sciatique gauche en juillet 60. Guérison en 3 semaines.

Clinique : début brutal sans cause en février 61, douleur L_5 S_I gauche permanente à maximum nocturne.

- attitude antalgique croisée,

- points douloureux L_5 gauche avec signe de la sonnette,

- signe de Lasègue à 70°

- examen neurologique. Signe de la pointe et du talon. Diminution de la reprise de l'achilléen. Troubles vaso-moteurs maximum au pied correspondant à un syndrome algodystrophique, clinique et radiologique (ostéoporose importante du pied).

Cliché : standard, baillement L_4 L_5 gauche, saccoradiculographie. La racine L_5 ne s'injecte pas au niveau du disque. Très légère encoche au niveau de l'aisselle de la racine.

Intervention (avril 61)

- au niveau de L_4 L_5 - hernie discale modérée mais nette en situation basse.

- au niveau de L_5 S_I - hernie discale à la partie haute de la racine.

Résultat : le syndrome algodystrophique a disparu.

En ce qui concerne la lombosciatique, objectivement il est très bon.

OBSERVATION N° 3

LOU... Solange - 54 ans

Clinique : - début progressif en novembre 56,

- douleur siégeant à gauche, à la fesse, à la face externe de la cuisse, au bord externe du pied, aucune douleur à la jambe,

- point douloureux L_5 S_I avec sonnette,

- signe de Lasègue à 25°

- diminution de la réponse de l'achilléen homologue

clichés : baillements postérieurs étagés

Intervention (février 57) - hernie discale aux deux étages L_4 L_5 et L_5 S_I.

Résultat : Bon. De temps en temps une douleur discrète, fugace, lombaire ou sciatique.

Ces trois observations présentent un certain intérêt du fait de leur rareté et surtout du bon résultat obtenu par la résection des deux disques en un seul temps.

B - Hernies de siège inhabituel

Nous possédons trois observations. L'une d'elle a été rapportée dans le chapitre traitant des mauvais résultats en dépit de l'existence d'une hernie discale (observation n° 2). Voici les 2 autres.

OBSERVATION n° 1

MOU... Louis 32 ans.

C'est l'histoire d'une sciatique d'abord S_I droite typique qui débute en janvier 56 et se bilatéralise mais sur un trajet L_5 gauche.

1ère intervention - Aout 56 . Le disque L_5 S_I est normal. Toute petite hernie de L_4 L_5. La douleur disparaît à droite, mais persiste à gauche. Donc tableau de sciatique L_5 gauche, une saccoradiculographie met en évidence un arrêt complet en L_3 L_4.

2ème intervention (juin 57). Le chirurgien n'explore que le disque L_4 L_5 et y découvre une petite hernie gauche.

3ème intervention. Octobre 57. Grosse hernie médiane L_3 L_4

Résultat parfait.

Cette observation a l'intérêt de démontrer la valeur de la saccoradiculographie en cas de syndrome clinique :

- incomplet ou au contraire trop riche pour être expliqué par une lésion unique.

OBSERVATION N° 2

COC... Annette - 25 ans - Cultivatrice.

Clinique : en novembre 1958. Progressivement douleur sciatique S_I gauche qui disparaît en 8 jours. Puis douleur sciatique L_5 droite qui disparaît en 8 jours. Enfin brutalement réapparition des deux douleurs avec troubles moteurs .

On est donc en présence d'une sciatique paralysante bilatérale L_5 droite, S_I gauche. Une saccoradiculographie montre un arrêt en L_3 L_4.

Intervention : volumineuse hernie discale en L_3 L_4

Résultat : - aucune douleur,

- récupération complète à droite,
- récupération importante à gauche.
- pratiquement aucune gène.

Nous avons rapporté ces 3 observations malgré le siège non classique de la hernie parce qu'elle se manifestait par des signes évocateurs d'une hernie de siège habituel, seule la saccoradiculographie a permis une localisation exacte.

C O N C L U S I O N

Dans le service de notre Maître le Professeur S. de SEZE, durant la période allant de 1951 au 31 juillet 1961, nous avons relevé 213 interventions pour sciatiques. Sur cette série nous avons pu revoir 95 sujets et 57 ont répondu à un questionnaire. Au total 152 dossiers ont pu être complétés.

Depuis 1957, on note un élargissement des indications opératoires :

- chez les sujets de moins de 20 ans et de plus de 50 ans,
- chez les femmes.

Le résultat subjectif de ces interventions est bon dans 81,6 % des cas.

Le résultat objectif est bon dans 77,6 % des cas et dans 82,7 % de ceux où l'on a trouvé une hernie discale franche.

Après 60 ans, on n'a observé aucun résultat mauvais, mais aussi aucun résultat parfait.

On observe plus de résultat parfait chez l'homme que chez la femme.

74 fois la hernie siégeait en L_4 L_5 et 58 fois en L_5 S_I. 3 fois la hernie était double et 3 fois elle avait un siège inhabituel "L_2 L_3 ou L_3 L_4"

Le nombre de résultats insuffisants est un peu plus grand pour les hernies L_4 L_5 que pour les hernies L_5 S_I.

Le pronostic est dans l'ensemble moins bon en cas de passé lombalgique. Supérieur à un an et lorsque la crise dure depuis plus de 6 à 7 mois. Le 3ème mois semble être "la mauvaise période"pour faire opérer une sciatique car le plus souvent, on ne peut pas encore affirmer l'un des caractères qui la rendra "chirurgicale," à savoir celui d'être rebelle.

Les métiers de force seuls semblent incompatibles avec cette intervention chirurgicale.

Les résultats des réinterventions sont dans l'ensemble de mauvaise qualité. Chaque fois qu'il y a une atypie dans le syndrome clinique ou une discordance entre la clinique et la radiologie, on ne proposera l'intervention qu'en ayant la certitude de l'existence et du rôle d'une hernie discale par la sacco-radiculographie et avec un certain nombre de précautions vis à vis du malade.

Vu le Président de Thèse

Professeur S. de SEZE

Vu le Doyen de la Faculté

Professeur L. BINET

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

I - RYCKEWAERT, de SEZE — Maladie des os et des articulations. 1 vol. Flammarion

2 - de SEZE — Bréviaire de rhumatologie

3 - de SEZE — La semaine des Hôpitaux n° 22

4 - de SEZE — Réflexions sur le problème pathogénique de la sciatique dite essentielle. Presse Médicale 1941 - n° 18, p.222

5 - de SEZE — Remarques sur le diagnostic et le traitement chirurgical des sciatiques par compression discale. Revue du Rhumatisme 1942 - p.171, tome 9

6 - ALAJOUANINE, THUREL-WELTI — La sciatique chirurgicale. Revue du rhumatisme 1942, p.153

7 - de SEZE — Indications - Technique - Résultat d'un traitement chirurgical des sciatiques rebelles. Revue de Neurologie 1943, T. 75, p.187

8 - de SEZE — Résultat du traitement chirurgical de 40 cas de sciatiques rebelles opérées. Bull. de la Sté de Médecine des Hopitaux de Paris T. 62, p.295

9 - de SEZE — Le traitement des sciatiques rebelles vu par un médecin. Semaine des Hôpitaux 1943, T. 19, p.246

10 - GUILLAUME- MAZARD, MASSEBOEUF — Traitement de la sciatique discale par voie intermyolamaire. Technique opératoire. Semaine des Hôpitaux 1949, n° 22, p.931

11 - THUREL — Sciatique tronculaire et sciatique radiculaire. Statistique portant sur 1000 cas opérés. Semaine des Hôpitaux 1950, n° 45, p.2164

12 - S; de SEZE, J. DEBEYRE — Constatation opératoire de la réductibilité d'une hernie discale. Revue du Rhumatisme 1952, n° 8

13 - de SEZE et DOUIN — Acta physiothérapica et rheumatologica belgica 1951 p.105

14 - SICARD — La sciatique. Indications et résultats du traitement chirurgical. Conférence d'actualité pratique, Paris 1952

15 - S. de SEZE, JURMAND — Statistique concernant les sciatiques opérées en 1951 et 1952 à l'Hôpital Lariboisière
Revue du Rhumatisme 1953, p.523

16 - GUILLAUME — Etude critique du traitement chirurgical de la lombosciatique.1000 cas opérés.
Presse médicale 1953, p.172

17 - S . de SEZE — 8 entretiens sur le rôle du disque intervertébral dans les syndromes douloureux de la charnière lombo sacrée
Revue du Rhumatisme 1951, p.385

18 - LEMOINE — Etude des indications et résultat du traitement chirurgical des lombalgies et des lombosciatiques.
Thèse Paris 1954

19 - S. de SEZE, MAITRE — Traitement des lombalgies et lombosciatiques dûes à la détérioration structurale des disques.
Revue du Praticien 1955, p.1908

20 - VIGNON — Diagnostic de la névralgie. sciatique connue
Revue Lyonnaise de Médecine 1956, p.577

21 - LE CHEVALLIER — A propos de 60 cas de sciatique opérée.
Thèse Paris 1957

22 - SICARD — 1000 cas de sciatique opérés. Résultats.
Presse Médicale 1957, p.1635

23- LECLERC-STRAUSS — Résultat du traitement chirurgical des sciatiques
Revue du Rhumatisme 1956, p.131

24 - S. de SEZE, ROBIN , FARGEOT — Role du facteur professionel dans la survenue des lombosciatiques sur 1382 dossiers.
Revue du Rhumatisme n° 6, 1956

25 - S. de SEZE, LEVERNIEUX — La sciatique des adolescents.
Revue du Rhumatisme 1957, n° 4

26 - REYNOLDS, MAC GINNIS, MORGAN — Surgery in the treatment of low back pain and sciatica. A follow up study. Journal of Bone and Joint. Surgery 1959

27 - SICARD, GERARD — Reinterventions pour sciatique.
Journal de Chirurgie 1959, n° 78, p.113

28 - S. de SEZE, WELFING — Lombosciatique. Guérison malgré la persistance de la hernie discale.
Revue du Rhumatisme 1960, p.48

29 - HOUDART — Quand faut-il envisager d'opérer une sciatique discopathique.
Vie médicale 1961, p.199

30 - EGOIFFIER — La radiculographie lombaire dans la sciatique.
1 volume Masson